Ministero dell'Istruzione e del Merito

Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE LUIGI GALVANI
COD. MECC. MIIC8B400X C.F. 97505790150
VIA GALVANI, 7 – 20124 M I L A N O –
TEL. 0288440253 – FAX 0288440286
e - mail: miic8b400x@istruzione.it
pec: miic8b400x@pec.istruzione.it

Modulo 7

SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

Primaria e Secondaria

Al Dirigente scolastico

ell'IC "Luigi Galvani" Via Luigi Galvani 7 Milano

Oggetto: SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA
Copia da consegnare al coordinatore di plesso per la segreteria e al docente coordinatore di classe/docente di classe

I sottoscritti_____,_____
genitori/esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a_____
frequentante la classe_____sezione_____della scuola

primaria ☐ Casati ☐ Galvani **secondaria** ☐ Fara ☐San Gregorio

DICHIARONO

che il/la propri_/_ figli_/_ ☐ necessita ☐ non necessita della somministrazione di farmaci salvavita.

Luogo e data_____ Firma _____ _____

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:
I_ sottoscritt_ padre/madre, dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, DICHIARA che _I_ padre/madre é stato informato ed è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione.

Luogo e data_____ Firma _____

SOLO nel caso di necessità di somministrazione di farmaci salvavita invitiamo a **compilare anche la parte sottostante** del modulo per presentare formale richiesta alla Dirigente, **corredata dalla prescrizione redatta dallo specialista o dal pediatra di base**. Tale prescrizione, leggibile e senza possibilità di equivoci o errori, dovrà contenere i seguenti dati esplicitati in modo chiaro:

- nome e cognome del/della ragazzo/a
- nome commerciale del farmaco
- descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco
- posologia
- modalità di conservazione del farmaco
- durata della terapia

I sottoscritti_____,_____
genitori/esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a_____
frequentante la classe_____sezione_____della scuola

primaria ☐ Casati ☐ Galvani **secondaria** ☐ Fara ☐San Gregorio

CHIEDONO

☐ sia continuata a scuola la terapia prescritta al/alla proprio/a figlio/a dal medico curante o centro di riferimento, di cui agli atti risulta allegata prescrizione medica;

☐ sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica.

Si rendono inoltre disponibili a **concordare un incontro a scuola in cui definire le modalità dell'intervento**.

Milano,_____ Firma _____ _____

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:
I_ sottoscritt_ padre/madre, dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, DICHIARA che _I_ padre/madre é stato informato ed è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione.

Data_____ Firma _____